

**Universidad de Lleida**

***DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA  
LA DISMINUCIÓN DE ANSIEDAD PREQUIRÚRGICA INFANTIL  
EN HOSPITALES COMARCALES***

*Autora: Mariona Riba Sáez*

**Facultad de Enfermería y Fisioterapia**

*Grado en Enfermería*

*- Trabajo de fin de Grado -*

Tutora: Laura Martínez Rodríguez

*Curso 2020 – 2021*

*Fecha de entrega: 24/05/2021*

## **Agradecimientos**

En primer lugar, me gustaría agradecer la colaboración de mi tutora del Trabajo de Fin de Grado, Sra. Laura Martínez Rodríguez, por su interés y atención tanto durante el seguimiento del trabajo, como por guiarme y orientarme en todo momento. También agradezco su dedicación y motivación desde el inicio de este proyecto hasta su fin. Gracias por tu soporte y acompañamiento.

En segundo lugar, me gustaría reconocer un agradecimiento muy sincero a la profesional Sra. María Ángeles Aceituno López, por el tiempo dedicado y por sus aportaciones técnicas que me han servido para mejorar la calidad de este trabajo.

También me gustaría agradecer el apoyo incondicional de mis compañeros de la universidad Eduardo Morales Collada y Albert Paré Colobrans, con quienes he compartido el proceso de realización de este Trabajo de Fin de Grado. Gracias por acompañarme de inicio a fin.

Por último, querría dar las gracias a todas aquellas personas que me han dado soporte durante los meses que ha durado la realización del trabajo y el diseño del protocolo.

## Resumen

**Introducción:** La aparición de casos de ansiedad preoperatoria infantil es un hecho muy común; estos suelen derivar de las emociones negativas producidas por las intervenciones quirúrgicas. Para evitarlo, hay hospitales que ofrecen programas de preparación por parte de especialistas Child-life, pero no todos los hospitales disponen de recursos para poderlos implantar.

**Objetivos:** El principal objetivo de este proyecto es realizar el diseño de un protocolo para la atención emocional del paciente pediátrico quirúrgico utilizando la metodología Child-life. Se proporcionará una herramienta de trabajo para centros que no puedan disponer de un programa de preparación completo formado por profesionales Child-life. Así pues, este proyecto pretende facilitar una experiencia médica positiva para los pacientes pediátricos y sus familiares.

**Material y métodos:** El marco teórico, constituido por información extraída de una búsqueda bibliográfica realizada en distintas bases de datos, incluye una descripción del tema y la explicación de las evidencias actuales disponibles. Una vez completada la revisión de la situación clínica, se ha establecido el diseño del protocolo y su plan de implementación.

**Conclusiones:** La Metodología Child-life es eficaz para la reducción de la ansiedad preoperatoria en pacientes pediátricos, pero a pesar de ello, el hecho de que sea tan novedosa provoca que encontremos escasez de información. Es necesario realizar más estudios sobre el tema para poder reforzar su eficacia y validez.

**Palabras clave:** ansiedad prequirúrgica infantil, Child-life, juego médico, protocolo, hospital comarcal

## **Abstract**

**Introduction:** The incidence of preoperative anxiety in children is really high, and it appears to be due to negative emotions triggered by surgical procedures. In order to solve this problem, some hospitals offer preoperative preparation programmes conducted by Child-life specialists. Unfortunately, not all medical centres have resources to do this.

**Objectives:** The aim of this Project is to design a protocol that allows nurses to attend to paediatric patients' emotional needs ensuring a positive medical experience. This protocol is based on Child-life methodology, and it intends to be a working tool for medical centres that cannot have a full preparation programme provided by Child-life specialists.

**Material and methods:** The theoretical framework, which has been established using information collected from a bibliographical research conducted in different databases, includes a description of this topic and an explanation of actual available data. Once the review of the clinical situation has been settled, we have proceeded to design the protocol and its implementation plan.

**Conclusions:** Child-life methodology is effective to reduce preoperative anxiety in children. However, since it's a pioneering method, information about it is scarce. To reinforce its effectiveness and validity, further research needs to be done.

**Keywords:** infantile preoperative anxiety, Child-life, medical play, protocol, district hospital.

# Índice

Introducción.....	1
Marco teórico.....	3
La humanización de los cuidados pediátricos.....	3
Los orígenes de la metodología Child-life.....	4
El uso del juego por especialistas Child-life.....	6
La ansiedad prequirúrgica infantil .....	8
Estrategias de intervención según la edad.....	10
Fundamentación teórica.....	15
Diagnósticos de enfermería y plan de curas.....	15
Objetivos.....	23
Metodología.....	24
Metodología de búsqueda.....	24
Metodología de revisión.....	25
Resultados: Protocolo.....	27
Introducción.....	27
Conceptos clave.....	28
Objetivos del protocolo.....	28
Plan de actuación.....	31
Algoritmo de actuación según edad.....	41
Indicadores.....	42
Evaluación de la eficacia.....	45
Anexos .....	47
Discusión.....	50
Conclusiones .....	52
Bibliografía.....	53

## Índice de tablas

Tabla 1. <i>Estrategias de intervención según edad</i> .....	11
Tabla 2. <i>NANDA Ansiedad</i> .....	16
Tabla 3. <i>NIC y NOC asociados a Ansiedad</i> .....	17
Tabla 4. <i>NANDA Conocimientos deficientes</i> .....	18
Tabla 5. <i>NIC y NOC asociados a Conocimientos deficientes</i> .....	18
Tabla 6. <i>NANDA Impotencia</i> .....	19
Tabla 7. <i>NIC y NOC asociados a Impotencia</i> .....	19
Tabla 8. <i>NANDA Afrontamiento familiar comprometido</i> .....	21
Tabla 9. <i>NIC y NOC asociados a Afrontamiento familiar comprometido</i> .....	21
Tabla 10. <i>Búsqueda bibliográfica</i> .....	24
Tabla 11. <i>Consideraciones según grupo de edad</i> .....	32
Tabla 12. <i>Indicador existencia del protocolo</i> .....	42
Tabla 13. <i>Indicador asistencia por una enfermera con formación</i> .....	42
Tabla 14. <i>Indicador acceso a material y juguetes</i> .....	43
Tabla 15. <i>Indicador de visita prequirúrgica individualizada</i> .....	43
Tabla 16. <i>Indicador de uso de material adecuado</i> .....	44
Tabla 17. <i>Indicador de uso de maniobras de distracción</i> .....	44
Tabla 18. <i>Indicador disminución de ansiedad prequirúrgica</i> .....	45

## Índice de figuras

Figura 1: Diagrama de Flujo PRISMA.....	26
Figura 2: Algoritmo de actuación.....	41
Figura 3: Ejemplo de juguete médico.....	47
Figura 4: Ejemplo de material didáctico adaptado a pacientes pediátricos.....	47

## **Introducción**

Someterse a una intervención quirúrgica puede suponer un evento muy estresante para la vida de los niños y sus familias; esto se les puede presentar como un elemento de amenaza que unido al miedo a lo desconocido puede resultar sobrecogedor. La ansiedad preoperatoria es un sentimiento de angustia producido por el miedo a someterse a una intervención quirúrgica; la aparición de esta puede ocasionar reacciones fisiológicas y psicológicas adversas en el niño (1).

Para evitar esto, muchos hospitales ofrecen programas de preparación quirúrgica para los pacientes y sus familias. Este tipo de servicio suele ofrecerse por especialistas Child-life, quienes proporcionan cuidados individualizados para los pacientes pediátricos a través de una lente multifocal. La metodología utilizada por estos profesionales se basa en la teoría del desarrollo; utiliza el poder de las relaciones terapéuticas y los beneficios de las intervenciones basadas en el juego para proporcionar educación sanitaria a los niños y sus familias. Estos métodos ayudan a reducir significativamente el malestar y la angustia que pueda producir la situación a los pacientes; al hacer esto, aparte de garantizar una buena experiencia para ellos y sus familias, también se les ayuda a sentar las bases para la salud y a comprometerse activamente con los servicios de atención médica (2, 3).

La aparición de estos profesionales en nuestro sistema sanitario es aún muy reciente; esto provoca que no se pueda acceder a ellos en hospitales pequeños o de centros de cirugía ambulatoria. El objetivo principal de este trabajo es diseñar un protocolo para la atención emocional del paciente pediátrico quirúrgico utilizando la metodología Child-life. Se trata de una herramienta de trabajo para aquellos centros que no puedan disponer de un programa de preparación formado por profesionales Child-life; la enfermera preoperatoria, formada o no, podrá utilizar este protocolo para brindar una atención apropiada a la edad y desarrollo del paciente. Con esto, se pretende facilitar una experiencia médica positiva que reduzca la ansiedad de los pacientes y sus familias.

La estructura de este trabajo se basa en dos partes; el marco teórico y el diseño del protocolo. La primera parte o marco teórico incluye una descripción del tema a



abordar y la explicación de las evidencias actuales disponibles. Además, se establece la teoría enfermera más adecuada para el desarrollo de este protocolo y los diagnósticos de enfermería relacionados con el mismo.

Por otro lado, una vez ya completa la revisión de la situación clínica, el trabajo se centra en los resultados. Estos estarían formados por la creación del protocolo y su plan de implementación.

Este trabajo concluye con la presentación de las referencias bibliográficas utilizadas para el estudio.

## **Marco teórico**

### **La humanización de los cuidados pediátricos**

Cuando hablamos de humanización, nos referimos al desarrollo de sentimientos y valores basados en el respeto, la tolerancia y la empatía entre otros. La Real Academia define este término como “Doctrina o actitud vital basada en una concepción integradora de los valores humanos”; humanizar es hacer humano, familiar y afable a alguien o algo (1).

La humanización de la sanidad se basa en la relación médico-paciente; esta debe poner en práctica los principios éticos y las buenas prácticas clínicas en todos los cuidados. Así pues, al humanizar la relación asistencial se deben utilizar las mejores técnicas y evidencias para tratar los problemas de salud de los niños manteniendo actitudes y valores que respeten los principios éticos que asisten la dignidad humana (1).

La Guía de buenas prácticas clínicas BPSO (2), define los términos *cuidados centrados en la persona y la familia* como una teoría-práctica o un modelo de cuidados que se centran en la persona des de un punto de vista holístico y no solo des de su estado o enfermedad. Utilizando este enfoque, los profesionales pueden lograr entender la percepción de salud de la persona y el papel que ellos pueden desempeñar para mejorarla.

Para garantizar una buena atención al paciente pediátrico se deben respetar sus derechos. Estos se encuentran recogidos en La Carta Europea de los Derechos de los Niños y Niñas Hospitalizados (3); 23 derechos que deben tener los pacientes pediátricos al encontrarse ingresados en un centro sanitario.

Entre estos derechos encontramos el derecho a estar acompañados de sus padres o personas cuidadoras durante la estancia, el derecho a contactar con ellos en momentos de tensión, el derecho a recibir información utilizando un vocabulario o método de explicación que pueda comprender, el derecho a ser tratado con tacto, educación, comprensión y respeto hacia su intimidad, o el derecho a ser atendido por personal cualificado que conozca sus necesidades físicas y emocionales. Todos

estos derechos van dirigidos hacia una misma línea de actuación, la humanización de los cuidados, que es la piedra angular de la enfermería (3).

Para poder medir cuantitativa y cualitativamente el nivel de humanización de los hospitales infantiles o con servicio de pediatría, la Fundación Atresmedia (4) en colaboración con 102 hospitales españoles, ha diseñado el Índice de Humanización de Hospitales Infantiles (IHHI). Este índice fue realizado tomando como base un cuestionario en línea que recogía información estandarizada y permitía a los hospitales evaluar aquellos aspectos relacionados con la humanización de la atención pediátrica; es por esto, que a parte de un recurso de gestión para la dirección hospitalaria, también supone una guía útil y completa para los profesionales que atienden directamente al paciente.

Los resultados del estudio muestran que el valor del Índice de Humanización de Hospitales Infantiles en 2019 era de un 60,64% para los hospitales grandes, un 55,76% para los medianos y un 48,28% para los pequeños. Estos resultados muestran cierta correlación entre el tamaño de los hospitales y la puntuación, que es mayor en los hospitales grandes. Con esta información se puede llegar a la conclusión de que los hospitales grandes han podido implantar más mejoras, mientras que los pequeños, debido a su capacidad o sus condiciones económicas y de falta de personal, no han podido hacerlo (4).

En cuanto a las distintas áreas de análisis, podemos observar que existe una elevada dispersión entre las puntuaciones máximas y mínimas; las Unidades de Intervención Especializada, dónde se incluyen servicios como cuidados paliativos, la UCI pediátrica o el quirófano, encontramos diferencias que van desde el 0,00% hasta el 92,54%. Esto nos indica que existen tanto centros que rozan la excelencia como otros que aún deben implantar muchas mejoras para humanizar sus cuidados (4).

## **Los orígenes de la metodología Child-life**

Reconocidos por la American Academy of Pediatrics, los profesionales Child-life, “se centran en las fortalezas y el sentimiento de bienestar del niño mientras promueven su óptimo desarrollo y minimizan los efectos adversos de las experiencias en el ámbito sanitario y eventos estresantes”. Son profesionales sanitarios

biopsicosociales con una formación especializada en el desarrollo infantil, los sistemas familiares, e intervenciones basadas en la evidencia.

Esta metodología está basada en la teoría del desarrollo, pero también tiene en cuenta las vivencias pasadas y los posibles traumas del niño para poder construir sistemas familiares resilientes (5, 6).

Los Especialistas Certificados en Child-life generan tanto buenos comportamientos como efectos psicológicos y fisiológicos positivos a través de intervenciones individualizadas. Utilizan técnicas basadas en el juego y centradas en el afrontamiento que ayudan a disminuir el dolor, la ansiedad y el estrés. Está científicamente demostrado que cuando los niños reciben preparación comprensiva y herramientas de afrontamiento, disminuyen sus preocupaciones y molestias durante la asistencia médica; esto está directamente relacionado con un proceso de curación acelerado y una mayor satisfacción (5).

La aparición de los programas Child-life se remonta a los años 20, cuando se identificó la necesidad de una figura para proporcionar herramientas de juego a los niños hospitalizados, lo que se consideraba necesario para aliviar los miedos y ansiedades relacionadas con los procedimientos y tratamientos médicos. Estos profesionales que hoy en día llamamos Especialistas Child-life, en esa época eran “Play Ladies” o “Mujeres de juego”, y aparecieron por primera vez en hospitales como el Mott’s Children’s Hospital de Michigan o el Babies and Children’s Hospital de Nueva York (6).

Fue en 1982 que se creó la organización de acreditación Child Life Council (CLC). Utilizando el título Child-life, los especialistas trabajaban varios aspectos para garantizar el cuidado emocional y psicosocial de los niños frente a situaciones que se pudieran percibir como amenazantes (6).

Hoy en día, estos profesionales son reconocidos mundialmente no solo por ayudar a los niños en las instalaciones pediátricas, sino también en otros escenarios del ámbito de la sanidad. Finalmente, en 2016 que el Child Life Council cambió oficialmente su nombre a Association of Child Life Professionals, tal y como la conocemos actualmente (6).

## **El uso del juego por especialistas Child-life**

El juego es una de las herramientas fundamentales utilizadas por los profesionales Child-life para prevenir cualquier daño emocional o psicológico que se pueda producir en el niño causado por el ambiente sanitario. Este se puede definir como un conjunto de actividades que se realizan con la finalidad de obtener diversión, alegría, amabilidad, liberación de tensiones y evitación del aburrimiento. Las funciones básicas que cumple el juego se centran en este como fuente de placer, elaboración de la experiencia y comprensión de problemas, expresión de sentimientos, e identificación con el adulto. Así pues, a través del juego, el niño puede expresarse sin restricciones y asimilar nuevas situaciones y experiencias (5, 7).

El juego puede ser un recurso muy útil para proporcionar información al niño. Con este, además de informarle sobre el hospital, le podemos preparar para los distintos acontecimientos que se llevarán a cabo durante el tratamiento. Es decir, se le proporcionarían conocimientos para ayudarlo a disminuir el nivel de estrés generado por la situación y fomentar un aumento de la cooperación del paciente. Para ello, es importante tener en cuenta el nivel de desarrollo y comprensión del niño, ya que dependiendo de estas capacidades se deberán utilizar unas técnicas u otras (7).

Así mismo, aparte de proporcionarle información, a través del juego podemos averiguar como ha integrado el paciente los conocimientos que le hemos dado; podremos identificar las malinterpretaciones y miedos que presente y tratar de corregirlos. El juego ayuda al niño a afrontar situaciones estresantes ayudándoles a expresar sus sentimientos y ganando control sobre la situación; les da la oportunidad de recrear eventos que han tenido o van a tener lugar en su vida (5, 7, 8).

Es necesario recalcar que en un contexto hospitalario, el juego permite establecer una relación de confianza entre el niño y los profesionales que le atienden; facilitando la expresión de sentimientos y creando una mejor experiencia. En contraste con el ambiente de comodidad en el que viven en casa, los niños hospitalizados requieren de una mayor necesidad de juego para combatir el estrés generado por los ambientes no-familiares, los horarios impredecibles, las experiencias dolorosas y las restricciones de movilidad por la enfermedad o tratamiento. Los niños asocian el juego a una reducción de la ansiedad, por lo tanto,

el uso de métodos que incluyan el juego generará una respuesta más positiva en ellos (5, 7, 8).

El ambiente de la sanidad pediátrica debería estar diseñada para crear y proporcionar el máximo de circunstancias de juego posible, incrementando el tiempo y espacio para que los niños y adolescentes procesen sus experiencias. Los especialistas Child-life adaptan y crean ambientes hospitalarios que promueven oportunidades de juego para mejorar la gestión emocional de los pacientes y sus familias; el juego produce una mayor cooperación en los pacientes y una mejor adherencia al tratamiento (5).

Teniendo en cuenta los anteriores conceptos, podemos afirmar la evidencia que hay detrás del juego y de las herramientas de juego que utilizan los profesionales Child-life para ayudar al niño con la gestión emocional. Los tipos de juego utilizados por estos profesionales pueden clasificarse en tres apartados según sus características: el juego normativo, el juego médico y el juego terapéutico (8).

El juego normativo es el que suele llevarse a cabo en entornos extrahospitalarios. Los profesionales Child-life proveen a los niños con oportunidades de jugar debido a los efectos favorecedores que les produce; también les ayuda a normalizar la situación dentro de un contexto médico. Cabe decir, que no solo animan a los niños a realizar este tipo de actividades, sino que también promocionan la colaboración de la familia en el juego (8).

El juego médico se utiliza para disminuir la ansiedad del niño relacionada con un contexto médico. Se les permite jugar con materiales e instrumentos que puedan encontrar durante las hospitalizaciones o visitas médicas en un ambiente controlado y no amenazante con el objetivo de reducir la ansiedad asociada a estos. Este tipo de juego también se utiliza para preparar al niño para someterse a algún procedimiento médico; les proporciona la oportunidad de familiarizarse con el proceso en un entorno seguro donde pueden expresarse libremente. Hay tres características principales que definen el juego medicalizado; puede ser iniciado por un adulto pero siempre dirigido por el niño, se disfruta y va acompañado de un ambiente relajado, y el uso de equipo médico conocido debe ayudar a los niños a

integrar sus pensamientos y sentimientos. El hecho de introducir equipo médico permite que los niños ganen control sobre el ambiente y empiecen a expresarse, ya que el juego es su lenguaje y los juguetes son sus palabras (5, 8).

Por último, en tercer lugar encontramos el juego terapéutico o juego terapéutico desestructurado; un tipo de juego que promueve la expresión emocional del niño para promover su bienestar psicosocial y sus estrategias de afrontamiento. Este tipo de juego libre reduce la ansiedad y el estrés del niño, especialmente ante la presencia de un compañero adulto que de soporte. El niño puede canalizar sus sentimientos y emociones a través de el juego y a su vez, las Child-life pueden detectar sus necesidades a través de la observación. También pueden modificar el juego intencionadamente para reforzar conductas de afrontamiento adaptativas y abordar el problema detectado (5, 8).

### **La ansiedad prequirúrgica infantil**

Padecer una enfermedad o lesión, unido al hecho de precisar de una intervención en un quirófano pediátrico, genera una situación vulnerable para los pacientes y sus familias. Estos padecen miedo, incertidumbre, impotencia y dolor; elementos considerados como estresantes emocionales. Esta afirmación nos permite establecer que una intervención quirúrgica supone un evento traumático, y por lo tanto podría llegar a provocar trastorno de estrés postraumático (9, 10).

Se ha observado que el 75% de los niños sometidos a alguna cirugía experimentan sentimientos de ansiedad. Estos niños presentan cambios fisiológicos indicadores de ansiedad en el momento previo a una cirugía o procedimiento doloroso; un número de pulsaciones elevado y un aumento de la presión sanguínea son algunos de estos signos. Como consecuencia, estos niveles elevados de ansiedad y malestar favorecen la aparición de signos de delirium y aumentan la probabilidad de desarrollar un comportamiento desadaptativo durante el posoperatorio; lo que puede conllevar que se precise de una mayor cantidad de fármacos para el control del dolor (9).

Algunos estudios han clasificado la angustia de los niños según dos perfiles distintos. Se denomina como “angustia aguda” a la angustia que va aumentando

progresivamente; es muy común entre los niños de menor edad. Por otro lado, la “angustia anticipada” se da en niños que intentan retrasar el procedimiento en ocasiones por desconocimiento o falta de información. (10)

Además, cabe decir que las reacciones de estrés traumático agudo son frecuentes en las hospitalizaciones infantiles, pero entre el 25% y el 30% de los niños que la padezcan desarrollaran síntomas crónicos. Entre el 5% y el 20% de niños que no cumplan todos los criterios para ser diagnosticados permanecerán angustiados emocionalmente durante un tiempo posterior a la hospitalización (10).

Se han detectado ciertos factores que se relacionan directamente con la aparición de elevados niveles de ansiedad en los niños; especialmente durante el proceso de inducción a la anestesia. La edad de los niños, la presencia de ansiedad en los padres, las malas experiencias previas en centros de salud y una elevada incidencia de vivencias en centros sanitarios son los factores que fueron identificados. Para poder reducir esta ansiedad, se identificaron como técnicas eficaces la preparación previa del paciente y el ingreso del paciente el mismo día de la intervención (13).

El hecho de evaluar la ansiedad preoperatoria de los niños nos puede permitir predecir cambios posteriores a la cirugía. Se ha demostrado que los niños que padecen ansiedad preoperatoria suelen presentar variaciones en el comportamiento, en los patrones de sueño y alimentación, en el dolor y dosis de tratamiento analgésico y en la aparición de agitación posquirúrgica (13).

Existen varias herramientas para realizar este tipo de evaluación, pero no todas han sido traducidas al español. Jerez C. (13) realizó un estudio sobre la evaluación de la ansiedad preoperatoria en el niño donde tradujo, adaptó y determinó las propiedades psicométricas de la “Induction Compliance Checklist” (ICC) y la “modified Yale Preoperative Anxiety Scale” (mYPAS). En este estudio concluyó que aunque ambas escalas son validas, la ICC es de más fácil aplicación, mientras que la mYPAS nos proporciona más información.

Aparte de provocar emociones negativas en los pacientes, las intervenciones quirúrgicas pueden generar ansiedad en los padres. Estos suelen preocuparse por



temas como los riesgos asociados a la anestesia, la respuesta del niño a la intervención o la insuficiencia en el cuidado de los niños posterior al alta. Es importante abordar los miedos y preocupaciones de la familia y hacerles partícipes del cuidado de sus hijos; se debe evitar minimizar la relevancia de la preocupación de los familiares, ya que esto se percibe como falta de comprensión. Una buena preparación de los padres les ayuda a reducir el sentimiento de incertidumbre y tranquiliza a los niños; permite que los padres puedan apoyar a sus hijos y les ayuden a prepararse para la cirugía. (9, 11).

Las intervenciones para tratar este tipo de ansiedad se pueden clasificar en tres grandes grupos: la administración de sedación preoperatoria, la presencia de los padres durante la inducción y el uso de programas no farmacológicos preoperatorios. Las intervenciones utilizadas por la metodología Child-life que se describen en este proyecto forman parte del tercer grupo; son estrategias utilizadas para preparar al paciente previamente a la intervención (13).

### **Estrategias de intervención según la edad del paciente**

El día en que se somete a un niño o adolescente a una cirugía, el nivel de ansiedad a la hora de la inducción de la anestesia y el aumento de estrés durante las transiciones de cuidados, pueden persistir durante días e incluso semanas después del procedimiento. Cuando esta ansiedad prolongada no se trata, puede conllevar un peor manejo del dolor que puede derivar en delirio de emergencia causado por el consumo de fármacos. Por otro lado, aquellos niños que reciben una preparación adecuada a su desarrollo, muestran disminuciones significantes de hasta un 59% de dolor y estrés (5).

Hay estudios que demuestran que sin preparación preoperatoria, muchos niños experimentan estrés y comportamientos negativos como apatía, ansiedad por separación y problemas de sueño; de hecho, casi el 30% de los pacientes pediátricos mantienen estos síntomas durante más de 14 días. Sin embargo, al proporcionarles una preparación adecuada a su desarrollo mediante métodos utilizados por los profesionales Child-life, padecen menos problemas emocionales y de comportamiento (5).

Al planear la preparación prequirúrgica del paciente, se deben tener en cuenta muchos factores; la edad de desarrollo del niño, las experiencias médicas previas, la duración del procedimiento, los niveles actuales de ansiedad, el nivel de implicación de los padres... Para proveer una preparación adecuada, los especialistas Child-life utilizan métodos de preparación específicamente diseñados y basados en la edad cronológica y de desarrollo del niño; además, también se adaptan según el nivel de ansiedad y las experiencias previas que ha tenido el paciente (5, 12).

Se utiliza la experiencia sensorial y una secuencia de eventos para describir al niño en que consistirá el procedimiento y familiarizarlo con el entorno en el que se va a encontrar. El profesional Child-life puede acompañar al paciente al quirófano para proporcionarle seguridad, pero programar una visita con este tipo de profesionales antes de la intervención, permitirá resolver las dudas y miedos del niño con antelación. Además, el Child-life también puede realizar una visita guiada para el niño en las instalaciones quirúrgicas (12).

Como se ha mencionado anteriormente, se debe considerar el desarrollo del niño y las preocupaciones de los padres para proporcionarles la preparación más adecuada. Sin embargo, se necesita un poco de planificación para aplicar técnicas educativas y divertidas que puedan mejorar su experiencia. A continuación se presentan algunas de las intervenciones que se pueden utilizar clasificadas según los grupos de edad de los pacientes (11).

**Tabla 1.** Estrategias de intervención según edad (6, 11, 12).

EDAD	ESTRATEGIA
Neonatos y bebés	Los pacientes de este grupo de edad, no se beneficiarán de una explicación de la intervención, sino que serán sus padres quienes reducirán sus niveles de ansiedad gracias a la resolución de sus dudas y miedos. Los bebés no entienden el significado de las visitas hospitalarias ni de los procedimientos médicos, pero la ansiedad de los padres puede manifestarse también en el niño; una reducción de la ansiedad de los padres, implicará un efecto similar en el bebé.

	<p>El malestar en este tipo de pacientes suele ser debido a la ansiedad por separación, a la falta de estímulo y a la ruptura de su rutina de sueño y alimentación. Para tratar estos problemas, se debe pedir a los padres que traigan elementos de confort para el niño; una manta o un juguete que tenga el olor de su hogar podría ser un ejemplo. Además, los padres deberán acompañar al niño durante la postanestesia, reduciendo así la ansiedad por separación.</p> <p>Otro método eficaz para tratar el malestar de niños de este grupo de edad son las distracciones. El uso de juguetes y la reproducción de canciones pueden suponer estímulos que llamen la atención del niño y le alivien el malestar.</p>
Edad preescolar	<p>Los niños en la infancia temprana tienen habilidades verbales, pero es muy fácil que puedan malinterpretar algunos conceptos que utilizamos para realizar las explicaciones. En estos casos, deberemos utilizar un lenguaje explicativo y simple, sin muchos detalles. También sería interesante añadir descripciones sensoriales.</p> <p>Este tipo de pacientes también tiende a relacionar la enfermedad con el castigo; se les debe explicar que no han hecho nada malo para que les suceda esto, sino que el objetivo de la cirugía es curarles y que se mejoren.</p> <p>Es frecuente que este grupo de edad sienta miedo ante el escenario quirúrgico y la separación de los cuidadores; para evitarlo, los padres deberán permanecer presentes el mayor tiempo posible durante el preoperatorio y posoperatorio.</p>

	<p>El hecho de dejarles jugar y explorar el material médico también les puede ayudar a familiarizarse, y la representación de algunos procedimientos puede ayudar a ganar mayor cooperación.</p>
Edad escolar	<p>Los niños en edad escolar suelen tener una mayor capacidad de tolerancia a la separación de sus cuidadores; además, tienen mayor capacidad de comprensión de la enfermedad. Para comprobar el grado de conocimientos del niño es importante preguntarles para qué están allí; siempre dirigiendo la pregunta hacia el niño en vez de hacia el adulto.</p> <p>Se debe tener en cuenta que los niños de este rango de edad han tenido mayor exposición a estímulos externos que les hayan podido crear miedos. Para reducir estos miedos se debe usar un lenguaje claro que no pueda dar lugar a malentendidos y preguntar al niño sobre sus preocupaciones. Se debe explicar lo que sucederá antes, después y durante la intervención, pero siempre evitando lenguaje que pueda resultar amenazante para el paciente.</p> <p>Para realizar la explicación del procedimiento es muy útil utilizar elementos visuales, ya que les ayudará a entender un poco mejor la anatomía y las explicaciones médicas del profesional. Gracias a esto, sabrán dónde buscar la cicatriz tras la intervención o el motivo por el que no hay cicatriz. Así pues, la creación de un libro de imágenes con las intervenciones más comunes puede ser muy útil para estos niños.</p> <p>El uso de juguetes médicos como muñecos con escayolas también puede suponer una ayuda visual para el niño; le permitirá anticipar como se verá tras la intervención.</p>

	<p>Además, se debe permitir al paciente tomar pequeñas decisiones o realizar actuaciones que le generen un sentimiento de cooperación; esto facilitará su cooperación durante el procedimiento.</p>
Adolescentes	<p>Este grupo de pacientes puede presentar una gran variedad de emociones y comportamientos. Uno de los miedos que presentan es el de pérdida de control y autonomía, por lo que pueden reaccionar negativamente ante ordenes. Para ellos, podemos utilizar algunas de las estrategias que se usan para los niños en edad escolar pero modificadas.</p> <p>Dirigirnos al adolescente en vez de a sus padres cumplirá con su deseo de independencia. Se les debe reconocer como autónomos y hacerles partícipes en el diseño del plan de cuidados.</p> <p>Permitirles el acceso al teléfono móvil en el área preoperatoria y posoperatoria los mantendrá calmados, ya que en este rango de edad las relaciones son muy importantes; aún así, es importante establecer unas normas y recordarles la importancia de la colaboración con el equipo de sanitarios.</p> <p>En el caso de los adolescentes, lo más probable es que hayan formado parte del proceso de toma de decisión a someterse a la intervención, así que deberían tener conocimiento sobre esta y sobre la enfermedad. Aún así, hay muchos adolescentes interesados en la ciencia o a los que les gustaría tener mayor conocimiento sobre su patología; estos se podrían beneficiar de explicaciones detalladas con ayuda visual. El contexto creado durante la explicación, también fomentará la expresión de dudas por parte del adolescente, lo que disminuirá sus niveles de ansiedad.</p>

	<p>Otros puntos a tener en cuenta son sus preocupaciones por la imagen corporal, el miedo al rechazo, la pérdida de control y el miedo a la muerte. Esto se deberá tener en cuenta al tratar sus miedos. Los efectos cosméticos de la cirugía son muy importantes para ellos, el hecho de validar estas preocupaciones les puede proporcionar mayor confianza y cooperación con el equipo.</p> <p>Por último, se debe tener en cuenta la importancia de la privacidad y la intimidad para ellos. Se debe respetar al máximo e informarles de las exploraciones que se les vaya a realizar y el motivo de estas.</p>
--	---

## **Fundamentación teórica**

La fundamentación teórica de la enfermería proporciona herramientas para constituir una base con un lenguaje común que pueda aplicarse eficazmente a la práctica. Estos son imprescindibles para la innovación en los cuidados de enfermería, pero en este caso, la metodología utilizada no se basa en una teoría enfermera.

La metodología Child-life está sustentada por una gran evidencia científica, por lo que este proyecto estará basado únicamente en esta metodología y las intervenciones que propone. La gran evidencia que presenta permite que no sea necesario el apoyo de otras teorías enfermeras para el desarrollo de este tipo de cuidados en el paciente pediátrico.

## **Diagnósticos de enfermería y plan de curas**

Para proporcionar unos correctos y completos cuidados enfermeros, se deben identificar las alteraciones de salud de los pacientes y establecer un plan de curas. Para ello, tras recopilar información sobre los pacientes, los diagnósticos de enfermería nos permiten identificar claramente los problemas y la causa de estos. Con esta información se pueden establecer unos objetivos a lograr y una serie de intervenciones que nos permitan alcanzar estas metas.

En este apartado, se presentan los diagnósticos de enfermería detectados en este tipo de paciente; para ello se han analizado e interpretado los datos sobre los enfermos y se han establecido unos diagnósticos. Los diagnósticos de enfermería son aquellos que describen problemas reales o potenciales que las enfermeras están capacitadas y autorizadas para poder tratar. Con estos se establecen las bases para diseñar un plan de cuidados enfermeros.

Cada diagnóstico de enfermería o NANDA (14) se encuentra en un cuadro junto con aquellos factores con los que está relacionado (R/C) y aquellos que lo manifiestan (M/P). Además, debajo de este cuadro principal, encontramos una tabla con los NIC (15) y NOC (16) asociados a este diagnóstico. Debemos tener en cuenta que tanto los diagnósticos como los NIC y NOC asociados se relacionan con pacientes pediátricos de un amplio rango de edad, por lo que no todos corresponderán con todas las edades.

**Tabla 2.** *NANDA Ansiedad.*

<b>Código:</b> 00146 <b>Dominio:</b> 9 <b>Clase:</b> 2	<b>Etiqueta:</b> Ansiedad (Sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica; sentimiento de aprensión causado por un peligro. Supone una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite actuar para afrontarlo).
<b>R/C</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amenaza al estatus habitual</li> <li>• Amenaza de muerte</li> <li>• Contagio interpersonal</li> <li>• Estresores</li> <li>• Necesidades no satisfechas</li> <li>• Transmisión interpersonal</li> </ul>	<b>M/P</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conducta de exploración</li> <li>• Contacto visual escaso</li> <li>• Hipervigilancia</li> <li>• Inquietud</li> <li>• Insomnio</li> <li>• Angustia</li> <li>• Aprensión</li> <li>• Atención centrada en el yo</li> <li>• Aumento de la desconfianza</li> <li>• Incertidumbre</li> <li>• Indefensión</li> <li>• Irritabilidad</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nerviosismo</li> <li>• Temor</li> <li>• Aumento de la sudoración</li> <li>• Aumento de la tensión</li> <li>• Temblor</li> <li>• Alteración del patrón respiratorio</li> <li>• Aumento de la frecuencia cardíaca</li> <li>• Aumento de la tensión arterial</li> <li>• Cambios en el patrón del sueño</li> <li>• Preocupación</li> </ul>
--	---

**Tabla 3.** NIC y NOC asociados al NANDA de Ansiedad.

<b>Código:</b> 1211 <b>NOC:</b> Nivel de ansiedad	<b>Código:</b> 5820 <b>NIC:</b> Disminución de la ansiedad
<b>Código:</b> 1302 <b>NOC:</b> Afrontamiento de problemas	<b>Código:</b> 5230 <b>NIC:</b> Mejorar el afrontamiento
<b>Código:</b> 1402 <b>NOC:</b> Autocontrol de la ansiedad	<b>Código:</b> 5210 <b>NIC:</b> Orientación anticipatoria
<b>Código:</b> 0907 <b>NOC:</b> Elaboración de la información	<b>Código:</b> 5240 <b>NIC:</b> Presencia
<b>Código:</b> 1214 <b>NOC:</b> Nivel de agitación	<b>Código:</b> 5270 <b>NIC:</b> Apoyo emocional
<b>Código:</b> 1213 <b>NOC:</b> Nivel de miedo: infantil	<b>Código:</b> 5900 <b>NIC:</b> Distracción
<b>Código:</b> 0802 <b>NOC:</b> Signos vitales	<b>Código:</b> 5610 <b>NIC:</b> Enseñanza prequirúrgica
<b>Código:</b> 0004 <b>NOC:</b> Sueño	<b>Código:</b> 6480 <b>NIC:</b> Manejo ambiental
<b>Código:</b> 1301 <b>NOC:</b> Adaptación del niño a la hospitalización	<b>Código:</b> 5410 <b>NIC:</b> Terapia del trauma: niño



<b>Código:</b> 2002 <b>NOC:</b> Bienestar personal	
<b>Código:</b> 1608 <b>NOC:</b> Control de los síntomas	
<b>Código:</b> 2008 <b>NOC:</b> Estado de comodidad	

**Tabla 4.** NANDA Conocimientos deficientes.

<b>Código:</b> 00126 <b>Dominio:</b> 5 <b>Clase:</b> 4	<b>Etiqueta:</b> Conocimientos deficientes (Carencia de información cognitiva relacionada con un tema específico).
<b>R/C</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento insuficiente de los recursos</li> <li>• Información errónea proporcionada por otros</li> <li>• Información insuficiente</li> <li>• Insuficiente interés en el aprendizaje</li> </ul>	<b>M/P</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conducta inapropiada</li> <li>• No sigue completamente las instrucciones</li> </ul>

**Tabla 5.** NIC y NOC asociados al NANDA de Conocimientos deficientes.

<b>Código:</b> 1843 <b>NOC:</b> Conocimiento: Manejo del dolor	<b>Código:</b> 5606 <b>NIC:</b> Enseñanza: individual
<b>Código:</b> 1862 <b>NOC:</b> Conocimiento: Manejo del estrés	<b>Código:</b> 5616 <b>NIC:</b> Enseñanza: medicamentos prescritos
<b>Código:</b> 1808 <b>NOC:</b> Conocimiento: medicación	<b>Código:</b> 5610 <b>NIC:</b> Enseñanza: prequirúrgica
<b>Código:</b> 1814 <b>NOC:</b> Conocimiento: procedimiento terapéutico	<b>Código:</b> 5618 <b>NIC:</b> Enseñanza procedimiento/tratamiento
<b>Código:</b> 1803 <b>NOC:</b> Conocimiento: recursos sanitarios	<b>Código:</b> 5602 <b>NIC:</b> Enseñanza: proceso de enfermedad

<b>Código:</b> 1803 <b>NOC:</b> Conocimiento: proceso de la enfermedad	<b>Código:</b> 5520 <b>NIC:</b> Facilitar el aprendizaje
<b>Código:</b> 1214 <b>NOC:</b> Nivel de agitación	<b>Código:</b> 8300 <b>NIC:</b> Fomentar el rol parental
<b>Código:</b> 0904 <b>NOC:</b> Comunicación: receptiva	<b>Código:</b> 5210 <b>NIC:</b> Orientación anticipatoria
<b>Código:</b> 3012 <b>NOC:</b> Satisfacción del paciente/usuario: enseñanza	<b>Código:</b> 7460 <b>NIC:</b> Protección de los derechos del paciente
	<b>Código:</b> 4430 <b>NIC:</b> Terapia con juegos

**Tabla 6.** *NANDA Impotencia.*

<b>Código:</b> 00125 <b>Dominio:</b> 9 <b>Clase:</b> 2	<b>Etiqueta:</b> Impotencia (Experiencia de falta de control sobre una situación).	
<b>R/C</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad</li> <li>• Apoyo social insuficiente</li> <li>• Conocimiento insuficiente para gestionar una situación</li> <li>• Dolor</li> <li>• Estrategias de afrontamiento ineficaces.</li> </ul>	<b>M/P</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependencia</li> <li>• Participación inadecuada en el cuidado</li> <li>• Sentido de control insuficiente</li> <li>• Vergüenza</li> </ul>	

**Tabla 7.** *NIC y NOC asociados al NANDA de Impotencia.*

<b>Código:</b> 1701 <b>NOC:</b> Creencias sobre la salud: capacidad percibida para actuar	<b>Código:</b> 5250 <b>NIC:</b> Apoyo en la toma de decisiones
<b>Código:</b> 1702 <b>NOC:</b> Creencias sobre la salud: percepción del control	<b>Código:</b> 5270 <b>NIC:</b> Apoyo emocional
<b>Código:</b> 1614 <b>NOC:</b> Autonomía personal	<b>Código:</b> 5330 <b>NIC:</b> Control del estado de animo

<b>Código:</b> 1703 <b>NOC:</b> Creencias sobre la salud: percepción de recursos	<b>Código:</b> 7400 <b>NIC:</b> Orientación en el sistema sanitario
<b>Código:</b> 1606 <b>NOC:</b> Participación en las decisiones sobre la salud	<b>Código:</b> 5340 <b>NIC:</b> Presencia
<b>Código:</b> 1309 <b>NOC:</b> Resiliencia personal	<b>Código:</b> 7460 <b>NIC:</b> Protección de los derechos del paciente
<b>Código:</b> 1310 <b>NOC:</b> Resolución de la culpa	<b>Código:</b> 5820 <b>NIC:</b> Disminución de la ansiedad
<b>Código:</b> 1402 <b>NOC:</b> Autocontrol de la ansiedad	<b>Código:</b> 5606 <b>NIC:</b> Enseñanza: individual
<b>Código:</b> 1808 <b>NOC:</b> Conocimiento: medicación	<b>Código:</b> 7110 <b>NIC:</b> Fomentar la implicación familiar
<b>Código:</b> 1814 <b>NOC:</b> Conocimiento: procedimiento terapéutico	<b>Código:</b> 6480 <b>NIC:</b> Manejo ambiental
<b>Código:</b> 1803 <b>NOC:</b> Conocimiento: recursos sanitarios	<b>Código:</b> 5210 <b>NIC:</b> Orientación anticipatoria
<b>Código:</b> 1211 <b>NOC:</b> Nivel de ansiedad	
<b>Código:</b> 1212 <b>NOC:</b> Nivel de estrés	
<b>Código:</b> 3014 <b>NOC:</b> Satisfacción del paciente/usuario	
<b>Código:</b> 0906 <b>NOC:</b> Toma de decisiones	

**Tabla 8.** NANDA Afrontamiento familiar comprometido.

<b>Código:</b> 00074 <b>Dominio:</b> 9 <b>Clase:</b> 2	<b>Etiqueta:</b> Afrontamiento familiar comprometido (Una persona de referencia que habitualmente brinda apoyo para que el paciente maneje las tareas adaptativas relacionadas con su cambio en la salud, lo hace de manera ineficaz, o dicho apoyo se ve comprometido).
<b>R/C</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprensión errónea o insuficiente de la información por la persona de referencia</li> <li>• Situaciones coexistentes que afectan a la persona de referencia</li> </ul>	<b>M/P</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La persona de referencia manifiesta comprensión inadecuada o conocimiento insuficiente que interfiere en las conductas eficaces</li> <li>• Limitación de la comunicación entre la persona de referencia y el paciente</li> </ul>

**Tabla 9.** NIC y NOC asociados al NANDA de Afrontamiento familiar comprometido.

<b>Código:</b> 2609 <b>NOC:</b> Apoyo familiar durante el tratamiento	<b>Código:</b> 7140 <b>NIC:</b> Apoyo a la familia
<b>Código:</b> 1211 <b>NOC:</b> Nivel de ansiedad	<b>Código:</b> 5270 <b>NIC:</b> Apoyo emocional
<b>Código:</b> 1210 <b>NOC:</b> Nivel de miedo	<b>Código:</b> 7170 <b>NIC:</b> Facilitar la presencia de la familia
<b>Código:</b> 1203 <b>NOC:</b> Severidad de la soledad	<b>Código:</b> 5440 <b>NIC:</b> Aumentar los sistemas de apoyo
<b>Código:</b> 1402 <b>NOC:</b> Autocontrol de la ansiedad	<b>Código:</b> 7110 <b>NIC:</b> Fomentar la implicación familiar
<b>Código:</b> 2211 <b>NOC:</b> Desempeño del rol de padres	<b>Código:</b> 5340 <b>NIC:</b> Presencia
<b>Código:</b> 2608 <b>NOC:</b> Resiliencia familiar	<b>Código:</b> 5820 <b>NIC:</b> Disminución de la ansiedad

Cabe tener en cuenta que todas las intervenciones o NIC propuestos, se desarrollaran de forma mucho más ampliada y profunda durante la creación y diseño del protocolo. Para ello se utilizaran las intervenciones propuestas por la metodología Child-life, que están dirigidas específicamente al paciente pediátrico.

## **Objetivos del TFG**

El objetivo principal de este trabajo es:

- Crear un protocolo para satisfacer las necesidades emocionales del paciente pediátrico quirúrgico.

Además, este proyecto también consta de una serie de objetivos más específicos que se deben cumplir para lograr el objetivo principal. Estos objetivos específicos son:

- Detectar las necesidades e inquietudes de los niños respecto a la intervención quirúrgica.
- Establecer intervenciones enfermeras para disminuir la ansiedad prequirúrgica de los pacientes y sus familias; teniendo en cuenta la edad de los primeros.
- Crear material didáctico e informativo adecuado y dirigido al paciente pediátrico quirúrgico.
- Establecer un plan para la implementación del protocolo diseñado.
- Establecer un método para la evaluación de la eficacia de este protocolo.

## **Metodología**

La realización de este proyecto se puede dividir en dos etapas distintas. La primera consiste en la presentación y exposición del tema a tratar, que en este caso es la ansiedad prequirúrgica infantil. Por otro lado, la segunda etapa consistía en elaborar un protocolo que contuviera intervenciones enfermeras para dar apoyo emocional al paciente pediátrico quirúrgico y sus familiares más cercanos.

La metodología utilizada para ambas etapas es la misma, pero se han dividido en dos partes. Durante la primera, la metodología de búsqueda, se han analizado y detectado artículos para su posterior uso en la redacción del marco teórico. En cambio, la metodología de revisión, ha consistido en determinar los artículos que cumplían los criterios para ser incluidos en el proyecto.

### **Metodología de búsqueda**

La estrategia utilizada para la recopilación de artículos válidos para este trabajo ha sido la realización de una búsqueda bibliográfica en varias bases de datos. Esta búsqueda se encuentra resumida en la siguiente tabla:

**Tabla 10.** *Búsqueda bibliográfica.*

<b>Base de datos</b>	<b>Ecuaciones de búsqueda</b>	<b>Artículos recuperados</b>	<b>Artículos seleccionados</b>
PUBMED	<b>hospitalized child* AND child-life AND surgery</b>	52	<b>25</b>
CINHAL		1	
SCOPUS		2	
Google SCHOLAR		150	
Web of Science		3	
Dialnet		6	
Medline		2	

Aparte de los artículos obtenidos a raíz de esta búsqueda, también se obtuvo información a través de una entrevista realizada con la Sra. María Ángeles Aceituno López, enfermera especialista en pediatría, adjunta de la Dirección de Enfermería en

la Atención de Hospitalización en el Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron y responsable del programa de Formación Especializada de Enfermería Pediátrica en este centro.

La Sra. Aceituno M.A. me proporciono algunos documentos para completar la búsqueda bibliográfica ya realizada. Además, me ayudó con la planificación y diseño de la implementación del protocolo.

## **Metodología de revisión**

Además de la ecuación de búsqueda, cabe decir que se han establecido unos criterios de inclusión y exclusión que han reducido el número de artículos recuperados que aparecían inicialmente. A continuación se presentan los siguientes criterios.

### **- Criterios de inclusión en la búsqueda:**

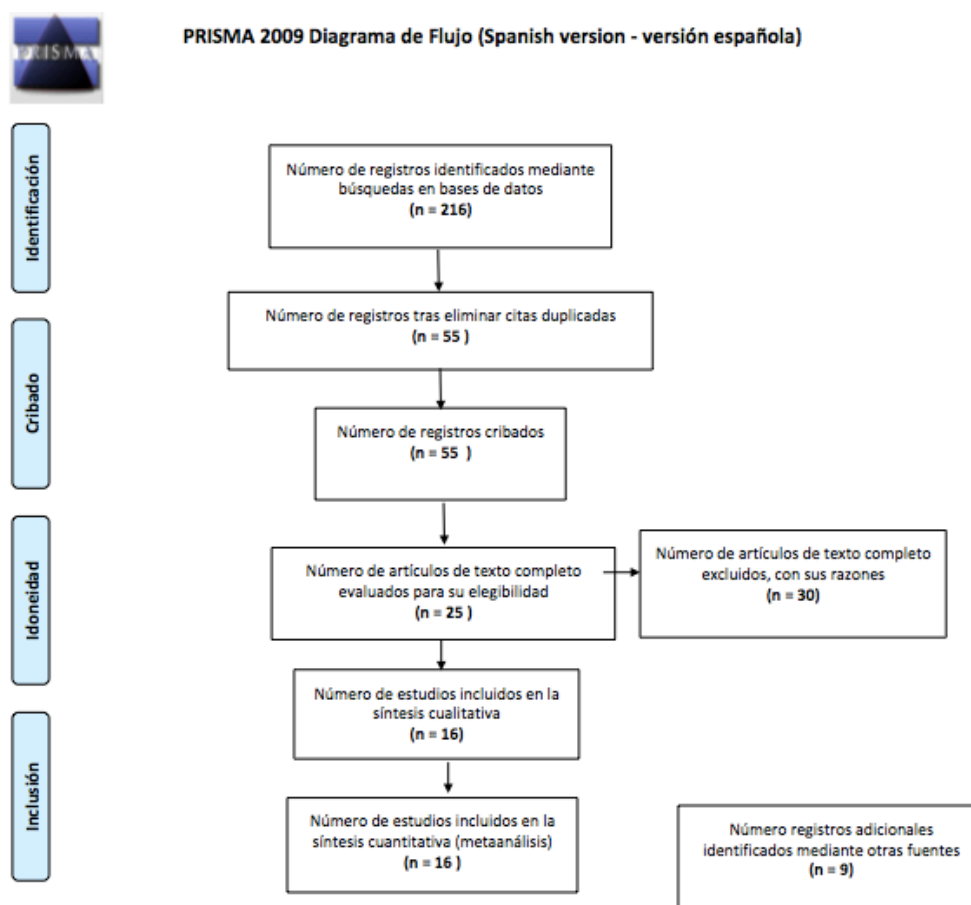
- Artículos publicados entre 2015 y 2021.
- Artículos redactados en inglés, catalán o castellano.
- Artículos de acceso gratuito para estudiantes de la Universidad de Lérida.
- Artículos pertenecientes a las siguientes categorías: revisiones sistemáticas, metaanálisis, protocolos, estudios observacionales, información para el paciente, guía práctica, estudios de evaluación, artículos periodísticos, estudios comparativos, ensayos clínicos controlados, biografías, presentaciones de casos, artículos clásicos y estudios clínicos.

### **- Criterios de exclusión en la búsqueda:**

- Artículos publicados antes de 2015.
- Artículos pertenecientes a las siguientes categorías: libros, capítulos de libros, tesis doctorales.



A continuación se presenta el Diagrama de Flujo PRISMA de selección y exclusión de artículos:



Fuente: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

Figura 1: Diagrama de Flujo PRISMA

Los artículos elegidos para la realización del proyecto cumplen todos estos criterios a excepción de algún artículo en concreto. Las excepciones se han realizado teniendo en cuenta la validez del artículo utilizado y la imposibilidad de encontrar un artículo con la misma información pero que cumpliera los criterios establecidos. Algunas de estas excepciones serían la tesis doctoral de Carmen Jerez Molina (13), *“Evaluación de la ansiedad preoperatoria en el niño: adaptación y validación al español de las escalas “Induction Compliance Checklist (ICC) y modified Yale Preoperative Anxiety Scale (mYPAS)”* o *“La Carta Europea de los Derechos de los Niños y las Niñas Hospitalizados”* (4).

## **Resultados: Protocolo**

### **1. Introducción**

Las intervenciones quirúrgicas suponen un evento estresante y amenazador para los niños y sus familias; es por esto que la frecuencia de aparición de casos de ansiedad preoperatoria infantil es elevada. El niño presenta sentimientos negativos como miedo, incertidumbre, impotencia y dolor; todos ellos estresores emocionales generados por sus inquietudes y su miedo a la intervención. Este tipo de ansiedad puede tener como consecuencia la aparición de reacciones fisiológicas y psicológicas adversas en el niño (1, 10).

Hay estudios que han detectado los factores que se relacionan directamente con la aparición de elevados niveles de ansiedad en los niños. Además, también se identificaron técnicas eficaces para reducirlos, como la preparación previa del paciente y el ingreso del paciente el día de la intervención (13).

Este protocolo pretende ofrecer un programa de preparación quirúrgica basado en la metodología Child-life para los pacientes pediátricos y sus familias. Esta metodología se basa en la teoría del desarrollo, y utiliza el poder de las relaciones terapéuticas y los beneficios de las intervenciones basadas en el juego para proporcionar educación sanitaria. Se trata de métodos que ayudan a reducir el malestar y la angustia producidos por las inquietudes que genera la intervención (2, 3).

Este protocolo es una herramienta de trabajo para brindar una atención preoperatoria apropiada a la edad y desarrollo del niño y a su familia. Con ello, además de proporcionarles una buena experiencia, se les ayuda a establecer sentimientos positivos con el sistema sanitario y lograr un compromiso activo con su salud (2, 3).

## 2. Conceptos clave

A continuación se presenta un glosario con términos clave y definiciones para comprender el protocolo en su totalidad.

- **Ansiedad prequirúrgica infantil:**

Es el resultado de los sentimientos negativos provocados por los estresores emocionales derivados del hecho de precisar de una intervención en un quirófano pediátrico (9).

- **Metodología Child-life:**

Es una forma de cuidado basada en la teoría del desarrollo. Los cuidados ofrecidos al niño son diseñados teniendo en cuenta que tiene en cuenta su individualidad y experiencias previas (5, 6).

- **Juego médico:**

Es un tipo de juego que se utiliza para disminuir la ansiedad del niño relacionada con un contexto o procedimiento médico. Se les permite jugar con materiales e instrumentos que puedan encontrar con el objetivo de familiarizarlos con el proceso en un entorno controlado donde pueden expresarse (8).

## 3. Objetivos

### 3.1. Objetivo general

El principal objetivo de este protocolo es proporcionar herramientas a los profesionales de enfermería con tal de poder satisfacer las necesidades emocionales del paciente pediátrico quirúrgico. Con ello, se pretende reducir la incidencia de ansiedad prequirúrgica infantil y proporcionar experiencias positivas para los pacientes y sus familias.

Además, el hecho de crear una relación positiva con el sistema sanitario, mejorará experiencias posteriores y generará actitudes de colaboración con los centros médicos y su personal. La infancia es un momento crucial de la vida para empezar a inculcar hábitos de vida saludables, así que tener una relación positiva con el sistema sanitario es importante para mejorar la salud de los niños.

### **3.2. Objetivos específicos**

Los objetivos específicos que permitirán lograr el objetivo principal son:

- Detectar las necesidades e inquietudes de los niños respecto a la intervención quirúrgica.
- Establecer intervenciones enfermeras para disminuir la ansiedad prequirúrgica de los pacientes y sus familias; teniendo en cuenta la edad de los primeros.
- Crear material didáctico e informativo adecuado y dirigido al paciente pediátrico quirúrgico.
- Establecer un plan para la implementación del protocolo diseñado.
- Establecer un método para la evaluación de la eficacia de este protocolo.

### **3.3. Ámbito asistencial y población diana**

Este protocolo es una herramienta de trabajo dirigida a los profesionales de enfermería pediátrica y quirófano. El contenido del documento, les proporciona un circuito eficaz para garantizar un buen apoyo emocional al paciente pediátrico quirúrgico. Así pues, la población diana sobre la cual se aplica el protocolo son los pacientes pediátricos quirúrgicos junto con sus familias.

### **3.4. Material y recursos humanos**

Para la aplicación de este protocolo es necesario disponer de una enfermera para realizar la visita prequirúrgica de los pacientes. Además, es preferible que esta enfermera disponga de formación en metodología Child-life.

Aparte de los recursos humanos mencionados anteriormente, también sería interesante disponer de ciertos recursos materiales como libros didácticos y muñecos de simulación. Estos juguetes facilitarían la explicación de la intervención por parte de la profesional Child-life, que podrá hacer uso del juego médico para ayudar al niño a familiarizarse con la intervención.

### **3.5. Metodología**

La metodología en la que se fundamentan las bases de este protocolo es la Metodología Child-life, una forma de cuidado basada en la teoría del desarrollo que tiene en cuenta la individualidad del niño y sus experiencias pasadas. Tienen como objetivo individualizar las intervenciones para generar efectos psicológicos y fisiológicos positivos que amenicen los sentimientos y sensaciones negativos producidos por el procedimiento médico (5, 6).

Hay estudios que demuestran que la preparación comprensiva y la proporción de herramientas de afrontamiento para los niños, tiene un impacto positivo durante su experiencia médica. Las preocupaciones, la ansiedad y el dolor se ven disminuidos; lo que puede acelerar el proceso de curación del paciente (5).

Así pues, con estas bases, este protocolo pretende proporcionar herramientas para detectar las distintas necesidades de los niños antes de someterse a una intervención quirúrgica con el objetivo de cubrirlas y reducir así su ansiedad.

### **3.6. Aspectos a trabajar**

A continuación se encuentran resumidos todos los aspectos que se trabajan y se encuentran desarrollados en este protocolo.

- Detección de necesidades emocionales del paciente pediátrico quirúrgico antes de someterse a la intervención.
- Individualizar la visita prequirúrgica de enfermería adaptándola a las necesidades del paciente y la familia según el nivel de desarrollo del niño.
- Proporcionar material didáctico e informativo diseñado según la franja de edad del paciente.
- Familiarizar al paciente con el entorno ofreciendo la realización de un circuito por las instalaciones del centro por donde pasará el día de la intervención.
- Garantizar el acompañamiento del niño durante el proceso ofreciendo la posibilidad de presencia parental durante la inducción a la anestesia.
- Reducir los niveles de ansiedad del niño proporcionándole métodos de distracción el día de la intervención.

## **4. Plan de actuación**

### **4.1. Detección de necesidades emocionales**

Los pacientes pediátricos que deben ser sometidos a intervenciones quirúrgicas suelen experimentar sentimientos negativos como ansiedad y estrés. Además, también pueden presentar comportamientos negativos y quejas de dolor posoperatorio.

Por otro lado, no solo supone una experiencia negativa para los niños, sino que también puede serlo para los padres. Estos suelen experimentar ansiedad, los niveles de la cual están asociados con el tipo de cirugía a la que se somete al niño; contra mayor sea la cirugía mayor será el nivel de ansiedad de los padres o familiares del niño. Es importante tener en cuenta que el nivel de ansiedad de los padres está relacionado con el nivel de ansiedad de los niños, por lo que también se les deberá tener en cuenta al plantear las intervenciones (17).

Las revisiones de la literatura que se han llevado a cabo revelan que la incidencia de niños con miedo y ansiedad es significativamente menor entre aquellos que han sido preparados para afrontar estos procedimientos. Se destacan como elementos claves de esta preparación la proporción de información clara y precisa sobre el procedimiento médico, la proporción de estrategias de afrontamiento eficaces y el establecimiento de un ambiente de seguridad y confianza donde se puedan expresar todas las dudas presentes (18).

Para preparar la visita prequirúrgica adecuadamente, deberemos tener en cuenta el nivel de desarrollo del paciente. Esto nos permitirá identificar las necesidades que pueda tener cada grupo de edad y plantear las intervenciones más adecuadas para ellos. La tabla 11 muestra las consideraciones sobre el desarrollo que debemos tener en cuenta para la preparación (10).

**Tabla 11.** Consideraciones según grupo de edad (10).

Grupo de edad	Consideraciones
Período neonatal y del lactante (nacimiento - 1 año)	Aprenden a través de los sentidos y los movimientos motores. Dependen de los cuidadores para las necesidades básicas, formando así un vínculo de confianza con ellos.
Primera infancia (1 año – 3 años)	Interaccionan con el ambiente que les rodea a través de los sentidos. Empiezan a buscar autonomía y a desarrollar voluntad propia.
Periodo preescolar (3 años - 6 años)	<p>Están desarrollando habilidades sociales y de comunicación, también el pensamiento simbólico. Buscan iniciativa, quieren controlar lo que sucede a su alrededor.</p> <p>Son fundamentalmente pensadores perceptivos, aquello que razonan puede ser distorsionado. Además, sienten remordimiento ante acciones incorrectas.</p>
Periodo escolar (6 años -12 años)	Adquieren la capacidad de pensar racionalmente, lógicamente y abstractamente. También son capaces de formular hipótesis y deducciones razonadas o de entender normas y conceptos como justicia y cooperación.

	Ganan destrezas y competencias a raíz de la demostración de conocimientos y habilidades. Les gusta ser partícipes de sus propios cuidados.
Periodo puberal (12 años -18 años)	<p>Maduran rápidamente tanto física como emocionalmente. Desarrollan su propia identidad y realizan grandes progresos en cuanto a madurez emocional y pensamientos abstractos. La comprensión de las enfermedades y sus causas es mucho mayor en este grupo de edad.</p> <p>Valoran mucho su privacidad e independencia. Además, dan gran importancia a las relaciones con sus iguales.</p>

## 4.2. Visita prequirúrgica

La visita prequirúrgica de enfermería se puede definir como un proceso de individualización de los cuidados entre la enfermera de quirófano y el usuario, que se da previamente a una intervención quirúrgica programada. Esta se lleva a cabo mediante una entrevista personalizada que tiene como objetivos proporcionar la información necesaria al paciente para aclarar malentendidos y reducir sus niveles de ansiedad (19).

Se debe contribuir a la cooperación y participación del paciente favoreciendo la comunicación. Esto nos permitirá conocer la opinión y sentimientos del paciente respecto a la operación, para así resolver sus dudas y eliminar temores. Además, también es importante tratar las inquietudes de los familiares que acompañan al paciente durante el proceso. La literatura revisada indica que este tipo de visita, bien protocolizada, es una de las soluciones que se han



encontrado para reducir la ansiedad del paciente tranquilizándolo y empoderándolo (19).

La proporción de información es el procedimiento de preparación más utilizado actualmente en los hospitales, ya que es el más accesible. Aún así, se debe tener en cuenta que la transmisión de información no asegura una correcta asimilación, sobretodo en el caso de los niños. Por ello mismo, se considera recomendable combinar-la con otras técnicas (20).

Como ya se ha dicho anteriormente, la Metodología Child-life se basa en la teoría del desarrollo, por lo que la visita prequirúrgica se individualizará teniendo en cuenta la fase de desarrollo del niño y las dudas y temores que presente. La preparación psicológica implica la comunicación de información específica y apropiada para el desarrollo del paciente; esta debe incluir los motivos del procedimiento o tratamiento, una anticipación de los eventos y sensaciones potenciales que acompañaran la experiencia (5, 6).

Esta información se deberá proporcionar con vocabulario adaptado a los niños y las familias. Además, los profesionales Child-life también hacen uso de muñecos médicos, literatura para niños, imágenes y vídeos; materiales que pueden ser modificados dependiendo de la edad y el nivel de desarrollo del paciente (6).

#### **4.2.1. Período neonatal y del lactante**

Los niños pertenecientes a este grupo de desarrollo tienen una edad comprendida entre el nacimiento y el primer año de vida, por lo que la explicación de la intervención irá dirigida a los padres, teniendo como objetivo reducir sus temores y ansiedad. Estos pacientes no pueden comprender el significado de las visitas hospitalarias, pero pueden percibir la ansiedad de los padres. Así pues, los lactantes obtendrán beneficios a través de la información proporcionada a sus cuidadores (12, 18).

Aparte de explicarles en qué consiste la intervención, también se debe tratar el malestar de los pacientes. Este suele ser debido a la ansiedad por separación de los cuidadores y la ruptura de su rutina diaria. Para evitarlo, se intentará que los cuidadores permanezcan al lado del lactante el mayor tiempo posible, lo que evitará una ruptura brusca de la rutina. Además, también se les puede sugerir que traigan elementos de confort para el niño el día de la intervención (12, 18).

#### **4.2.2. Primera infancia**

Los niños que pertenecen a este grupo tienen una edad de entre uno y tres años. Las habilidades verbales de estos niños no están muy desarrolladas, así que es fácil que puedan malinterpretar algunos conceptos. El lenguaje utilizado para dar la información debe ser explicativo y simple, conteniendo algunas descripciones sensoriales (11, 12).

Es importante asegurarse de que el niño no percibe la intervención como un castigo, ya que es algo común en los niños de esta edad. Además, se les explicará que sus padres estarán con ellos el mayor tiempo posible. También puede ser interesante permitirles llevar un juguete para producir sensación de confort (11, 12, 18).

#### **4.2.3. Periodo preescolar**

Entre los tres y seis años, los niños pertenecen al periodo preescolar. Para este grupo de edad, igual que en el grupo anterior, deberemos utilizar un lenguaje sencillo que evite malentendidos. Además, añadiremos algunas descripciones sensoriales, pero siempre se evitara las palabras con connotaciones negativas. Los niños de estas edades tienen mucha imaginación, así que deberemos asegurarnos de que no perciben la cirugía como un castigo o una amenaza (11, 12).

Otra de las preocupaciones de estos niños es la separación de los cuidadores principales. Para reducir los niveles de ansiedad causados por esto, se les

deberá contar que sus padres permanecerán junto a ellos durante la mayor parte del tiempo posible (11, 12, 18).

Por último, el desconocimiento supone otra de las grandes causas de ansiedad en estos niños. Un tipo de intervención que puede reducir este miedo es el juego médico. Se puede animar al niño jugar con material parecido al que verá el día de la intervención, de esta manera, se empezará a familiarizar con el entorno. Otra opción es el uso de libros y cuentos que hablen sobre el ámbito sanitario para que establezca asociaciones positivas y pueda reconocer en qué entorno se encuentra (11, 12, 18).

#### **4.2.4. Periodo escolar**

Los niños en edad escolar, entre seis y doce años, tienen mayor tolerancia a la separación de los cuidadores y mejor comprensión de la enfermedad. En este caso se debe comprobar el nivel de conocimientos del niño antes de empezar la explicación. Para ello, se les debe preguntar para qué están allí y animarles a participar en la conversación. De este modo, se creará un ambiente de confianza que favorecerá la expresión y resolución de dudas y miedos (11, 12).

Esto es muy importante, ya que estos niños reciben más estímulos externos que aquellos de menor edad, por lo tanto, es más probable que se les haya inducido miedo hacia la intervención. Además, estos niños suelen tener muchas dudas, sobretodo sobre la anestesia y su aspecto después de la cirugía (11, 12, 18).

Igual que en los anteriores casos, el lenguaje debe ser lo mas claro posible para asegurar la comprensión de la información. Se le explicará lo que sucederá antes, después y durante la intervención para familiarizarlo con el proceso, pero se evitará el lenguaje que se pueda percibir como amenazante (11, 12).

Para realizar la explicación, en estos casos es muy útil utilizar elementos visuales. Poder seguir con imágenes la explicación que se les dé, les ayudará a comprender mejor las explicaciones médicas y a entender el porqué de lo que suceda ese día; la presencia o ausencia de cicatrices por ejemplo (11, 12, 18).

El uso de libros o juguetes médicos es útil tanto a la hora de comprender el procedimiento como a la hora de saber como se verá después de la intervención. Además, se le debe permitir tomar pequeñas decisiones para respetar su sentimiento de autonomía y control, ya que se favorecerá su cooperación durante todo el proceso (11, 12, 18).

#### **4.2.5. Periodo puberal**

El periodo puberal incluye los pacientes de entre doce y dieciocho años de edad. Para ellos, podemos modificar las estrategias utilizadas para los niños de edad escolar y adaptarlas a este grupo.

Las emociones y comportamientos de este grupo pueden ser muy variadas, pero una de sus características es el miedo a la pérdida de control y autonomía. Para mantener su independencia, nos debemos dirigir a ellos en vez de a sus padres. Se les debe dejar participar en el plan de cuidados y respetar su autonomía (11, 12, 18).

En cuanto a los conocimientos sobre la enfermedad y la intervención, es probable que hayan formado parte de la toma de decisión. Esto nos indica que pueden tener conocimientos básicos, pero debemos asegurarnos de realizar la explicación y de que comprenden correctamente toda la información. Además, si encontramos casos a los que les gustaría tener mayor conocimiento sobre su patología, se les podrían dar explicaciones más detalladas. El contexto creado durante la explicación favorecerá la confianza y la expresión de dudas, lo que disminuirá su ansiedad (11, 12).

También debemos tener en cuenta la preocupación de los pacientes de este rango de edad por la imagen corporal, el miedo al rechazo, la pérdida de control y el miedo a la muerte. Los efectos cosméticos de la cirugía pueden ser importantes para ellos, por lo tanto, el hecho de validar estas preocupaciones y darles las explicaciones pertinentes puede resultar en una mayor cooperación y confianza posteriormente. Además, se debe respetar al máximo su privacidad e intimidad, ya que también es algo a lo que le suelen dar mucha importancia (11, 12, 18).

### **4.3. Material didáctico e informativo**

La cirugía pediátrica supone un estresor tanto para el niño que debe someterse a la intervención como para los padres y familiares cercanos del paciente. Ansiedad y confusión son algunos de los sentimientos experimentados por los padres de estos niños, quienes sienten dudas sobre el papel parental que deben adquirir en el entorno hospitalario. Para reducir estas dudas es necesario proporcionarles información adecuada sobre la intervención; de este modo podrán participar activamente en el cuidado de sus hijos y brindarles el apoyo necesario (21).

Varios estudios demuestran que los padres que reciben información preoperatoria manifiestan menos ansiedad que aquellos que reciben menor cantidad de información. La información escrita es esencial en estos casos, ya que muchos padres olvidan la información proporcionada verbalmente. Además, es importante que reciban apoyo por parte de los profesionales sanitarios para poder gestionar tanto sus emociones como las de sus hijos (21).

Aparte de la información escrita proporcionada a los padres, también se ha evaluado la proporción de información y preparación de los pacientes utilizando libros diseñados específicamente para ello. El estudio realizado reveló que los padres de los niños que recibieron el libro, manifestaron menos ansiedad y participaron más activamente que los padres de aquellos pacientes que no lo recibieron. Del mismo modo, los niveles de malestar de los niños que se prepararon para la intervención con el libro fueron menores, ya que este les ayudó a familiarizarse con el entorno, el proceso y las sensaciones (22).

Así pues, se puede afirmar que la preparación con ayuda de libros o material educativo dirigido a los niños tiene beneficios como la reducción de la ansiedad, y por eso mismo, se recomienda proporcionar material de este tipo a las familias durante la visita prequirúrgica para que puedan preparar a sus hijos en casa (22).

#### **4.4. Circuito por las instalaciones**

Otro tipo de preparación prequirúrgica que puede favorecer la familiarización del usuario con el entorno es la realización de visitas guiadas prequirúrgicas para niños. Esta intervención resulta útil sobretodo en pacientes que van a someterse a intervenciones significativas y que deben ser sometidos a ingresos hospitalarios de larga duración (6).

Las visitas guiadas prequirúrgicas permiten a los niños un mejor manejo del estrés causado por la hospitalización, ya que les permite reducir el miedo causado por el desconocimiento. Este tipo de programa se ha visto extendido recientemente, incluyendo a los cuidadores y hermanos de los pacientes en la visita guiada (22).

Así pues, deberemos valorar la situación del paciente y considerar si podría beneficiarse de una intervención de este tipo. Se debe tener en cuenta que una visita a las instalaciones debe estar programada, por lo que es esencial realizar la valoración de esta necesidad con tiempo suficiente.

#### **4.5. Presencia parental durante la inducción a la anestesia (PPI)**

La anestesia supone una de las mayores preocupaciones para los padres de aquellos niños que van a someterse a una intervención quirúrgica. Ante esta preocupación, varios hospitales han instaurado la presencia parenteral durante la inducción a la anestesia (PPI) en su programa de preparación prequirúrgica (23).

Aún así, se detecta oposición por parte de algunos profesionales sanitarios a iniciar PPI debido al coste, la disminución de eficiencia, asuntos medico-legales y eventos adversos incluyendo al niño y/o los padres. Estas preocupaciones no han sido validadas, y tras la implementación de los programas se ha observado una mayor satisfacción por parte de los padres (23).

Así pues, sin evidencia sobre los efectos negativos de la PPI, se debería considerar ofrecer como opción la PPI a aquellas familias cuyos niños deban someterse a cirugías mayores. El establecimiento de un programa efectivo puede tener un elevado efecto positivo tanto en la familia como en el equipo de quirófano (23).

#### **4.6. Métodos de distracción**

Las intervenciones de distracción son algunos de los métodos más eficientes que pueden utilizarse para la reducción de la ansiedad producida por la separación parental, la pérdida de control, el dolor y el desconocimiento del entorno durante el periodo preoperatorio. Este tipo de distracciones incluye intervenciones como la reproducción de videos de dibujos animados, jugar con juegos terapéuticos, el uso de videojuegos o escuchar música. La elección del tipo de técnica dependerá del grupo de edad al que pertenezcan los pacientes (24).

Hay estudios que han examinado los efectos de estas intervenciones de distracción. La conclusión obtenida fue que se trata de técnicas eficaces para la reducción de la ansiedad preoperatoria y facilitar la cooperación de los pacientes (24).

Además, esta es la estrategia más utilizada por los profesionales certificados en Child-life en el caso de las venopunciones, ya que provocan miedo, ansiedad y dolor. Esta técnica suele utilizarse para cambiar el foco de atención del paciente tanto a base de preguntas como con juegos y ha sido demostrada por varios estudios como altamente efectiva (25).

## 5. Algoritmo de actuación según edad

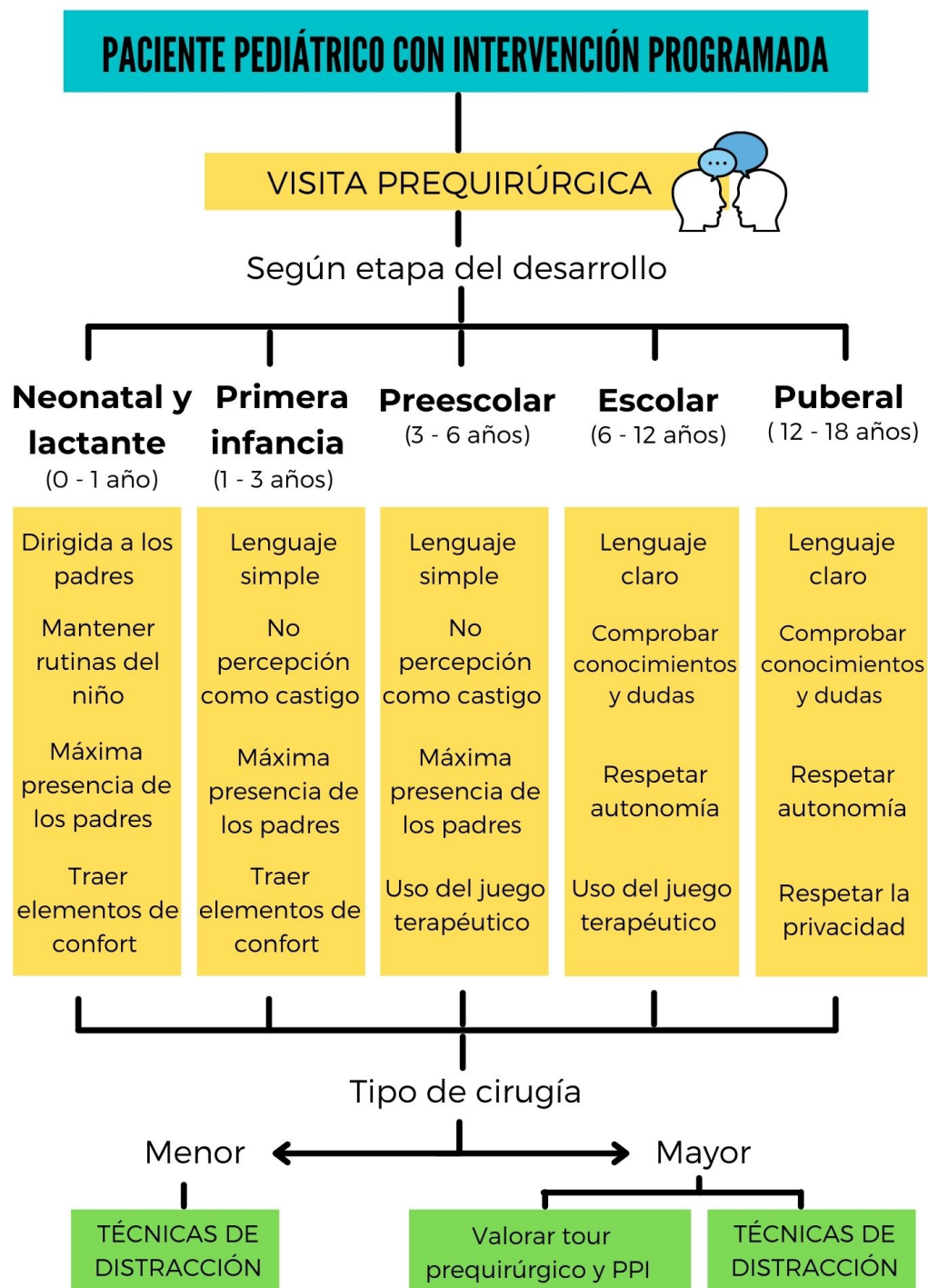


Figura 2: Algoritmo de actuación



## 6. Indicadores

Los indicadores son una expresión que permite dar un valor o medición que describe una situación y evalúa su resultado con el tiempo. Estos son una fuente de información que servirá para la toma de decisiones. Existen tres tipos de indicadores clasificados según el proceso asistencial al que hagan referencia.

- **Indicadores de estructura**

Este tipo de indicadores se refiere al tipo y cantidad de recursos necesarios para llevar a cabo un servicio, en este caso el protocolo. Los indicadores de estructura de este protocolo serán:

- Existencia del protocolo.

**Tabla 12.** *Indicador existencia del protocolo.*

Propósito	Aplicación del protocolo en el centro de salud.
Numerador	Número de profesionales del centro con acceso al protocolo.
Denominador	Número de profesionales que intervienen en la preparación del paciente pediátrico quirúrgico para prepararlo para una intervención.

- Asistencia por una enfermera con formación Child-life.

**Tabla 13.** *Indicador asistencia por una enfermera con formación.*

Propósito	Aplicación del protocolo por parte de profesionales formados en este tipo de metodología.
Numerador	Número de profesionales Child-life que proporcionan las intervenciones propuestas en el protocolo.
Denominador	Número de profesionales que proporcionan las intervenciones mencionadas en el protocolo.

- Acceso a material didáctico infantil y juguetes médicos.

**Tabla 14.** *Indicador acceso a material y juguetes.*

Propósito	Aplicación del protocolo con el material necesario para ello.
Numerador	Niños que han recibido material didáctico e intervenciones con juguetes médicos durante su visita prequirúrgica.
Denominador	Niños que han recibido una visita prequirúrgica.

- **Indicadores de proceso**

Los indicadores de proceso describen aquellas acciones que los profesionales realizan por los pacientes, actividades relacionadas entre sí para lograr un objetivo. Los indicadores de proceso de este protocolo serían:

- Proporción de pacientes que recibieron visita prequirúrgica individualizada.

**Tabla 15.** *Indicador de visita prequirúrgica individualizada.*

Propósito	Evaluar un cumplimiento de la programación de la visita prequirúrgica para proporcionar información al paciente y contribuir a la reducción de sus niveles de ansiedad.
Numerador	Número de pacientes pediátricos quirúrgicos que reciben una visita prequirúrgica individualizada.
Denominador	Número de pacientes pediátricos quirúrgicos sometidos a una intervención quirúrgica en el centro de salud.

- Proporción de pacientes que recibieron material didáctico adaptado a su desarrollo.

**Tabla 16.** *Indicador de uso de material adecuado.*

Propósito	Evaluar un cumplimiento de la intervención propuesta por el protocolo, que consiste en proporcionar material didáctico e informativo adecuado al desarrollo del paciente.
Numerador	Número de pacientes pediátricos quirúrgicos que reciben material informativo adecuado a su desarrollo.
Denominador	Número de pacientes pediátricos quirúrgicos sometidos a una intervención quirúrgica en el centro de salud.

- Proporción de pacientes que recibieron maniobras de distracción.

**Tabla 17.** *Indicador de uso de maniobras de distracción.*

Propósito	Evaluar un cumplimiento de la utilización de maniobras de distracción para la reducción de la ansiedad prequirúrgica.
Numerador	Número de pacientes pediátricos quirúrgicos que reciben maniobras de distracción.
Denominador	Número de pacientes pediátricos quirúrgicos sometidos a una intervención quirúrgica en el centro de salud.

- **Indicadores de resultado**

Estos indicadores evalúan la eficacia de la atención proporcionada a los pacientes; detectan aquellos cambios en su estado de salud que puedan estar relacionados con la atención recibida (26). El indicador de resultado en este caso será:

- Porcentaje de disminución de la presencia de ansiedad prequirúrgica en los niños según la escala “modified Yale Preoperative Anxiety Scale” (mYPAS).

**Tabla 18.** *Indicador disminución de ansiedad prequirúrgica.*

Propósito	Evaluar la eficacia del protocolo contrastando la gravedad de la ansiedad prequirúrgica en niños que han recibido las intervenciones y otros que no.
Numerador	Valor medio de ansiedad obtenido por la escala mYPAS en niños que han recibido las intervenciones indicadas en el protocolo.
Denominador	Valor medio de ansiedad obtenido por la escala mYPAS en niños que no han recibido las intervenciones indicadas por el protocolo.

## 7. Evaluación de la eficacia

Hoy en día hay varias herramientas para evaluar el nivel de ansiedad infantil durante el preoperatorio, pero no todas ellas han sido traducidas al español. Jerez C. (13) realizó un estudio sobre la evaluación de la ansiedad preoperatoria en el niño en el que tradujo, adaptó y determinó las propiedades psicométricas de la “Induction Compliance Checklist” (ICC) y la “modified Yale Preoperative Anxiety Scale” (mYPAS).

En este estudio se concluyó que ambas escalas son validas y aceptadas, pero aunque la ICC es de más fácil aplicación, la que más información nos proporciona al evaluar la eficacia de técnicas para la disminución de la ansiedad es la mYPAS. Esto se debe a que la mYPAS mide la ansiedad de los niños durante todo el preoperatorio; des de el momento en que llegan a la sala de espera, hasta el momento de la aplicación de la mascarilla facial para la inducción a la anestesia (13).

La mYPAS consiste en una escala formada por 22 ítems que se clasifican en cinco categorías distintas: actividad, vocalización, expresividad emocional, estado aparente de excitación y relación con los padres. Cada una de estas categorías

constan de entre 4 y 6 actividades de las cuales la más significativa otorgará una puntuación a la categoría. El rango de puntuación de esta escala va de 23,3 a 100, y el umbral para distinguir a los pacientes con ansiedad preoperatoria es <30 (13).

Así pues, la “modified Yale Preoperative Anxiety Scale” es la herramienta más adecuada para valorar la eficacia de este protocolo. Su capacidad para estimar la ansiedad en varios momentos del preoperatorio nos permite medir la eficacia de las distintas intervenciones realizadas; además, también permite realizar la evaluación antes y después de realizar nuestra intervención (13).

## 8. Anexos

### Anexo I:



Figura 3: Ejemplo de juguete médico. Muñeca con yeso para mostrar la apariencia del lugar de la cirugía después de la intervención (9).

### Anexo II:



Figura 4: Ejemplo de material didáctico adaptado a pacientes pediátricos. Portada del libro didáctico “Hase Moriz”, subtítulo “Amigdalectomía y adenoidectomía” (21).

### **Anexo III: Escala mYPAS traducida al español por Jerez Molina C. (13).**

#### **Evaluación de la ansiedad preoperatoria en niños de 2 a 12 años. mYPAS versión en español.**

##### **A. Actividad**

1. Mirando de un lado a otro, curioso, juega con los juguetes, lee (u otros comportamientos apropiados para su edad); se mueve alrededor de la sala de espera o de tratamiento para alcanzar juguetes o para ir con sus padres; puede irse hacia el equipo de la sala de operaciones. Sopla a través de la mascarilla facial siguiendo las indicaciones.
2. No explora ni juega, puede mirar hacia abajo, mueve inquieto las manos o se chupa el pulgar (o una manta); puede sentarse cerca de sus padres mientras espera, o su juego tiene un carácter definitivamente maniaco.
3. Pasa los juguetes a sus padres de una manera descentrada (dispersa); movimientos no derivados de la actividad; juegos o movimientos frenéticos/enloquecidos; se retuerce, moviéndose en la camilla; puede alejar la mascarilla facial o aferrarse a sus padres.
4. Intenta escaparse activamente, empuja con los pies y los brazos, puede mover todo el cuerpo; en la sala de espera, corre alrededor descentrado, sin mirar los juguetes, no se separa de sus padres y se aferra a ellos desesperado.

##### **B. Vocalización**

1. Hace preguntas, realiza comentarios, balbucea, ríe, responde con facilidad a preguntas aunque puede estar generalmente silencioso; niños demasiado pequeños para hablar en situaciones sociales o demasiado ensimismados en jugar/soplar para responder.
2. Responde a los adultos con susurros, “habla de bebé”, o solamente asintiendo con la cabeza. Parloteo ( no adecuado a la actividad).
3. Callado, no hace ruido y no responde a los adultos.
4. Solloza, gime, quejoso o llora silenciosamente.
5. Lloro o puede gritar “no”.
6. Lloro, grita en alto, de manera prolongada (y audible a través de la mascarilla facial).

##### **C. Expresividad emocional**

1. Manifiestamente feliz, sonriendo, o concentrado en el juego.
2. Neutro, sin expresión visible en la cara.
3. Desde preocupado (triste) hasta asustado, triste, preocupado, o con los ojos llorosos.
4. Angustiado, llorando, muy alterado, puede tener los ojos muy abiertos.

##### **D. Estado de excitación aparente**

1. Alerta, mira alrededor ocasionalmente, nota o mira lo que el anestesiólogo hace (podría estar relajado).
2. Retraído, sentado tranquilo, acostado. Puede chuparse el pulgar o volver la cara hacia el adulto.
3. Vigilante, mira rápidamente alrededor, se sobresalta con los sonidos, los ojos muy abiertos, el cuerpo tenso.
4. Llorando con miedo, aterrado, empuja a los adultos apartándolos o rechazándolos.

## **E. Relación con los padres**

1. Niño jugando, sentado u ocupado en actividades propias de su edad. No necesita a los padres. Puede interactuar con ellos si ellos empiezan la relación.
2. Contacta con los padres (se acerca a los padres y habla a padres callados hasta ese momento) busca y acepta consuelo, puede apoyarse en los padres.
3. Mira a los padres sin hacer ruido, aparentemente observa/vigila las acciones, no busca contacto ni consuelo, lo acepta si se lo ofrecen o no se separa de los padres.
4. Mantiene a los padres a distancia o puede retirarse activamente de los padres, puede empujar a los padres o desesperadamente aferrarse a ellos para impedir que se marchen.

---

Adaptación española de la escala modified Yale Preoperative Anxiety Scale.

Versión original en inglés : Kain ZN, Mayes LC, Cicchetti D V, Bagnall AL, Finley JD, Hofstadter MB. The Yale Preoperative Anxiety Scale: how does it compare with a "gold standard"? *Anesth Analg* 1997;85:783–8.

---



## **Discusión**

Tal y como se ha comentado a lo largo de este estudio, las intervenciones quirúrgicas pueden resultar sobrecogedoras para los niños y sus familias. El sentimiento de angustia generado por esta situación se denomina ansiedad preoperatoria, y puede tener consecuencias negativas tanto fisiológicas como psicológicas.

Los programas de preparación prequirúrgica son ofrecidos por muchos hospitales para reducir los miedos y dudas de los pacientes y sus familias. Los especialistas que se hacen cargo de impartir esta preparación en el caso de los niños son los especialistas Child-life; profesionales formados para ejercer cuidados individualizados según el desarrollo de los pacientes pediátricos.

Una de las herramientas fundamentales utilizada por estos profesionales es el juego, que cumple funciones como crear una fuente de placer, mejorar la comprensión y fomentar la expresión de sentimientos. Así pues, se trata de un recurso muy útil para proporcionar información al niño y aumentar su cooperación durante el tratamiento.

Son varios los factores que se deben en cuenta al planear la preparación prequirúrgica del paciente, los especialistas Child-life utilizan métodos basados en el desarrollo del niño y en sus experiencias previas. Esta preparación debe contener información específica y apropiada para el paciente; la información debe proporcionarse de manera individualizada a los pacientes y familiares.

El protocolo diseñado a raíz de este estudio, pretende ofrecer un programa de preparación quirúrgica basado en la metodología Child-life. Se trata de una herramienta de trabajo para brindar una correcta atención preoperatoria individualizada, para proporcionarles una experiencia positiva que les ayude a establecer una relación positiva y activa con su salud.

La creación del protocolo se ha basado en la revisión literaria realizada para establecer el marco teórico. Utilizando la metodología Child-life y sus intervenciones más comunes, se ha establecido un circuito de actuación según el desarrollo de

actuaciones. Este protocolo nos facilita una guía de actuación para diseñar nuestra intervención individualizada según el paciente y el tipo de intervención quirúrgica al que vaya a ser sometido.

La Metodología Child-life y sus intervenciones han quedado reflejadas en este proyecto. Además, el trabajo describe el impacto que pueden tener ciertos procedimientos en los niños y la importancia de individualizar sus cuidados para minimizar el impacto de las emociones negativas sobre su visión de la salud.

## **Conclusiones**

Como conclusión, podemos afirmar que la hipótesis planteada al inicio de este trabajo es cierta. La Metodología Child-life es eficaz para la reducción de la ansiedad preoperatoria en pacientes pediátricos. El objetivo principal ha sido adquirido, se ha diseñado una herramienta para que los profesionales de enfermería puedan satisfacer las necesidades emocionales del paciente pediátrico quirúrgico. El trabajo proporciona un protocolo con distintas líneas de actuación individualizadas dependiendo de la edad de desarrollo del paciente, lo que facilita la planificación de la visita prequirúrgica y las posibles técnicas necesarias que se podrían llevar a cabo el día de la cirugía.

Además, este protocolo permite detectar fácilmente las posibles necesidades emocionales e inquietudes que presentan los pacientes según su edad de desarrollo. De acuerdo con estas necesidades, se establecen distintas líneas de actuación para la visita prequirúrgica y se ofrece una explicación del tipo de material didáctico que se recomienda usar en estas ocasiones. Finalmente, establece una herramienta para la medida de la eficacia de este protocolo en los centros donde se aplique, permitiendo la evaluación de cada una de las intervenciones.

Mediante la realización del proyecto, hemos podido concluir que a pesar de ser una metodología eficaz, el hecho de que sea tan novedosa hace que aún haya escasez de información. Es necesario realizar más estudios sobre el tema para poder reforzar la eficacia y validez de este tipo de intervenciones. Además, al tratarse de una metodología nueva, no encaja con los diagnósticos de enfermería NANDA, por lo que se debería establecer otro método que pueda concordar con esta.

Finalmente, cabe decir que para implantar este protocolo sería necesario investigar sobre los protocolos existentes del centro al cual se quiera adaptar y de los recursos de los que pueda disponer este centro. Una vez se conozca el tipo de actuación que se lleva a cabo en el centro en concreto, se podrán realizar modificaciones acordes con este protocolo, logrando así, proporcionar una atención de calidad a los pacientes quirúrgicos pediátricos de centros hospitalarios de menor capacidad.

## **Bibliografía**

1. Oliveros-Donhoue M. A. Humanización de la Pediatría. Med Per. [Internet]. 2015 [2020]; 30(2): 85-90. Disponible en:  
<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v32n2/a03v32n2.pdf>
2. Boles J, Fraser C, Bennett K, Jones M, Dunbar J, Woodburn A, et al. The Value of Certified Child Life Specialists: Direct and Downstream Optimization of Pediatric Patient and Family Outcomes. ACLP. [Internet]. 2020 [2020]; 2-65. Disponible en: <https://www.childlife.org/docs/default-source/the-child-life-profession/value-of-cclss-full-report.pdf>
3. Registered Nurses' Association of Ontario. Cuidados centrados en la persona y la familia. IABPG. [Internet]. 2015 [2020]; 4-109. Disponible en:  
[https://www.bpsso.es/wp-content/uploads/2020/06/D0003\\_CUIDADOS-CENTRADOS-EN-LA-PERSONA-Y-LA-FAMILIA\\_2015\\_redited.pdf](https://www.bpsso.es/wp-content/uploads/2020/06/D0003_CUIDADOS-CENTRADOS-EN-LA-PERSONA-Y-LA-FAMILIA_2015_redited.pdf)
4. Carta Europea de los Derechos de los Niños y las Niñas hospitalizados. Ajuntament de Barcelona. [2020]; 1-7.
5. Bieger C. IHHI 2019: Informe de resultados. Fundación Atresmedia. [Internet]. 2019 [2020];7-130. Disponible en:  
[https://fundacion.atresmedia.com/documents/2020/11/26/9BF78AF7-C7BD-405C-A103-DCC1F856FADA/informe\\_ihhi2019.pdf](https://fundacion.atresmedia.com/documents/2020/11/26/9BF78AF7-C7BD-405C-A103-DCC1F856FADA/informe_ihhi2019.pdf)
6. Beickert K, Mora, K. (2017). Transforming the Pediatric Experience: The Story of Child Life. Pediatric Annals. [Internet]. 2017 [2020];46(9):345-351. Disponible en: 10.3928/19382359-20170810-01
7. Aranha PR, Sams LM, Saldanha P. Preoperative preparation of children. Int J Health Allied Sci. [Internet]. 2017 [2020];6:1-4. Disponible en:  
doi=10.4103/ijhas.IJHAS\_76\_16

8. Gutiérrez K, Cardona T. Jugar para sanar: La mediación de los padres a partir del juego y del juguete en el proceso de hospitalización del niño en el Hospital Infantil Santa Ana. En Clave Social. [Internet]. 2015 [2020];4(2),54-64. Disponible en: <http://repository.lasallista.edu.co:8080/ojs/index.php/EN-Clave/article/view/1041/907>
9. Ari A.B, Peri T, Margalit D, Galili-Weisstub E, Udassin R, Benarroch F. Surgical procedures and pediatric medical traumatic stress (PMTS) syndrome: Assessment and future directions. Journal of Pediatric Surgery. [Internet] 2018 [2020]; 53(8):1526–1531. Disponible en: doi=10.1016/j.jpedsurg.2017.10.043
10. Panella J.J. Preoperative Care of Children: Strategies From a Child Life Perspective. AORN J. 2016 [2020] ; 12-19. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2016.05.004>
11. Burns-Nader S, Hernandez-Reif M. Facilitating play for hospitalized children through child life services. Children's Health Care. [Internet]. 2016 [2021]; 45:1, 1–21. Disponible en: doi=10.1080/02739615.2014.948161
12. Adler AC, Leung S, Lee BH, Dubow SR. Preparing Your Pediatric Patients and Their Families for the Operating Room: Reducing Fear of the Unknown. Pediatr Rev. 2018 [2021]; 39(1):13-26. Disponible en: doi=10.1542/pir.2017-0011.
13. Jerez Molina C. Evaluación de la ansiedad preoperatoria en el niño: adaptación y validación al español de las escalas “Induction Compliance Checklist” (ICC) y “modified Yale Preoperative Anxiety Scale” (mYPAS). [tesis doctoral] Salamanca: Universidad de Salamanca; 2016.
14. Heather Herdman T, Kamitsuru S. NANDA internacional, Inc. Diagnósticos enfermeros Definiciones y clasificación 2015 - 2017. Madrid: Elsevier; 2017.
15. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5a ed. Madrid: Elsevier; 2009.

16. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4a ed. Madrid: Elsevier; 2014
17. He HG, Zhu L, Chan SW, Klainin-Yobas P, Wang W. The effectiveness of therapeutic play intervention in reducing perioperative anxiety, negative behaviors, and postoperative pain in children undergoing elective surgery: a systematic review. *Pain Manag Nurs*. [Internet]. 2015 [2021];16(3):425-39. Disponible en: doi= 10.1016/j.pmn.2014.08.011.
18. Vakili R, Ajilian Abbasi M, Ghazizadeh Hashemi S.A, Khademi G, Saeidi M. Preparing a Child for Surgery and Hospitalization. *Int J Pediatr*. [Internet]. 2015[2021];3(17):599-605. Disponible en: [https://ijp.mums.ac.ir/article\\_4277\\_fb95df60db0d379ffc30728d1fca2bc2.pdf](https://ijp.mums.ac.ir/article_4277_fb95df60db0d379ffc30728d1fca2bc2.pdf)
19. Moreno Fernández M. T. Influencia de la visita prequirúrgica de enfermería en la ansiedad del paciente. *Nuber Científ*. [Internet]. 2018 [2020]; 3(23):33-38. Disponible en: <http://www.index-f.com/nuberos/2017pdf/2333.pdf>
20. Ortigosa Quiles J.M, Méndez Carrillo F.X, Riquelme Marín A. Hospitalización pediátrica: aplicación de los programas de preparación psicológica. *Informació psicológica*. [Internet]. 2007 [2021];(90):48-59. Disponible en: <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/274>
21. Felder-Puig R, Maksys A, Noestlinger C, Gadner H, Stark H, Pfluegler A, Topf R. Using a children's book to prepare children and parents for elective ENT surgery: results of a randomized clinical trial. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. [Internet]. 2003 [2021];67(1):35-41. Disponible a: [https://doi.org/10.1016/S0165-5876\(02\)00359-2](https://doi.org/10.1016/S0165-5876(02)00359-2).
22. Harris T.B, Sibley A, Rodriguez C, Brandt M.L. Teaching the psychosocial aspects of pediatric surgery. *Seminars in Pediatric Surgery*. [Internet]. 2013 [2021];22(3):161-166. Disponible en: <https://doi.org/10.1053/j.sempedsurg.2013.05.005>.

23. Yousef Y, Drudi S, Sant'Anna A.M, Emil S. Parental presence at induction of anesthesia: perceptions of a pediatric surgical department before and after program implementation. *Journal of Pediatric Surgery*. [Internet] 2018[2021]; 53(8), 1606–1610. Disponible en: doi=10.1016/j.jpedsurg.2018.01.007
24. Aytakin A, Doru Ö, Kucukoglu S. The Effects of Distraction on Preoperative Anxiety Level in Children. *Journal of Perianesthesia Nursing*. [Internet]. 2016 [2021]; 31(1):56-62. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2014.11.016>
25. Diener M.L, Owens Lofgren A, Russell A.I, Magana S, Choi C, Gourley C. Children's distress during intravenous placement: The role of child life specialists. *Children's Health Care*. [Internet]. 2019[2021]; 49(1):103-119. Disponible en: doi=10.1080/02739615.2018.1492410